

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 35

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA PUÉRICULTURE DU PREMIER AGE

chez les

ENFANTS DE LA CLASSE OUVRIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Le 1^{er} Mars 1910

PAR

Charles BALATA

Né à Marseille, le 4 novembre 1880

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX — ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	PUECH, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, Professeur		
		SOUBEYRAN, Agrégé		
		RICHE, Agrégé		

MARSEILLE

IMPRIMERIE MÉRIDIONALE

119, Boulevard National, 119

1910

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N. 35

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA PUERICULTURE DU PREMIER AGE

chez les

ENFANTS DE LA CLASSE OUVRIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Le 1^{er} Mars 1910

PAR

Charles BALATA

Né à Marseille, le 4 novembre 1880

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX — ANCIEN EXTERNE D.S HOPITAUX

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ PUECH, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
RICHE, Agrégé } *Assesseurs.*

MARSEILLE

IMPRIMERIE MÉRIDIONALE

419, Boulevard National, 119

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SEC.ÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseignement de pathol. et t. érap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv. ..	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraire : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire.*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIREN, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologie.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire..	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIREN	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL	DERRIEN

Examineurs de la Thèse

MM. PUECH, <i>président.</i>		MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé.</i>
ESTOR, <i>professeur.</i>		RICHE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE, LE DOCTEUR J. BALATA

*Qui le premier nous initia à notre art
et nous fit aimer notre carrière.*

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de notre profond amour filial

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. CASSOUTE

MÉDECIN DES HOPITAUX

FONDATEUR DE L'ŒUVRE DES NOURRISSONS DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PUECH

PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

AVANT-PROPOS

Au moment où les études de médecine sociale sont à l'ordre du jour, il n'est pas de question plus passionnante que celle de la mortalité infantile en France. Aussi ayant eu l'honneur de faire partie de l'Œuvre des Nourrissons de Marseille depuis sa fondation, nous avons crû devoir dans notre thèse inaugurale faire œuvre utile en donnant les résultats de cette institution, qui, quoique jeune encore, a cependant sauvé bien des existences. Et nous sommes persuadés, comme le disait le Président Fallières que « créer un dispensaire c'est faire bénéficier des milliers de pauvres d'une médication préventive, prompte et rationnelle ; c'est faire l'économie de beaucoup de malades et de beaucoup de journées d'hôpital ; c'est accroître ce capital de santé qui est un des principaux éléments de la richesse publique et de la force d'un pays ». C'est pourquoi on doit toujours être prêt à encourager les efforts pour la création de nouveaux dispensaires, établis surtout pour les pauvres déshérités de la fortune, si dignes d'intérêt et de sollicitude. Et notre but doit tendre principalement à la conservation de ces existences si délicates, si fragiles, qui entrées à peine dans la vie, ont déjà besoin de tant de soins et de secours de toute nature.

Dans ce modeste travail, nous allons donc, après avoir jeté un coup d'œil rapide sur la mortalité infantile à Marseille pendant les quelques années qui précèdent la création

de l'Œuvre, exposer brièvement le but de cette institution. Nous décrirons successivement son fonctionnement. Dans le chapitre II nous verrons les résultats généraux obtenus. Les différents modes d'allaitement et leurs résultats feront l'objet du chapitre suivant. Dans la quatrième partie, nous montrerons l'utilité de la création de nombreuses consultations de nourrissons. Enfin les conclusions termineront notre étude.

Mais avant de commencer, il est pour nous un devoir à remplir : à tous nos maîtres des Hôpitaux de Marseille, qui nous ont toujours accueilli avec bienveillance dans leurs services, soit comme externe, soit comme interne, nous adressons tous nos remerciements.

Que le docteur Cassoute, médecin des Hôpitaux, fondateur de l'Œuvre des Nourrissons de Marseille, qui fit appel à notre faible collaboration et nous permit ainsi d'acquérir de sérieuses connaissances médicales au point de vue pédiatrique, reçoive ici l'assurance de notre profonde gratitude.

Nos remerciements iront aussi aux docteurs J. Laporte, ancien interne des Hôpitaux, et M. Crémieu, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine qui ne nous ménagèrent pas leurs précieux conseils à l'Œuvre des Nourrissons. Nous aurons garde d'oublier le commandant Roman, officier de la Légion d'Honneur, agent général de l'Œuvre, dont le zèle et le dévouement sont au-dessus de tout éloge. Quant aux Dames patronnesses de l'Œuvre qui furent pour nous des collaboratrices dévouées, qu'elles reçoivent l'expression de notre vive sympathie.

Monsieur le Professeur Puech nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'assurance de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

FONCTIONNEMENT GENERAL DE L'ŒUVRE

L'Œuvre des Nourrissons de Marseille a pour but :

De soumettre les enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans, à des examens médicaux et à des pesées hebdomadaires ;

De donner aux mères l'assistance et les conseils nécessaires pour qu'elles allaitent elles-mêmes leurs nourrissons conformément aux règles de l'hygiène infantile ;

D'encourager l'allaitement maternel et ne distribuer ou ne faire obtenir du lait que dans des cas spéciaux ;

D'accorder des primes aux mères qui auront présenté leurs enfants d'une façon régulière et assidue aux visites médicales et qui se seront conformées aux prescriptions reçues ;

De favoriser, si ses ressources le lui permettent, le développement de nombreux dispensaires dans les quartiers ouvriers de Marseille ;

D'organiser des conférences de puériculture dans les associations de Dames, dans les Ecoles de Filles.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, voyons un peu qu'elle était la mortalité infantile à Marseille pendant les quelques années qui précèdent la fondation de l'Œuvre.

En effet d'après les documents fournis par le Ministre de l'Intérieur nous voyons que,

En 1901 sur 11.585 naissances, il y a eu 2.064 décès d'enfant de zéro à un an, soit 178 p. 1000.

En 1902, sur 11.951 naissances, il y a eu 1.937 décès d'enfants de zéro à un an, soit 162 p. 1000.

En 1903, sur 11.219 naissances il y a eu 1962 décès d'enfants de zéro à un an, soit 175 p. 1000.

En 1904, sur 11.316 naissances, il y a eu 1.754 décès denfants de zéro à un an, soit 155 p. 1000.

En 1905, sur 11.008 naissances, il y a eu 1.704 décès d'enfants de zéro à un an, soit 154 p. 1000.

En 1906, sur 11.362 naissances, il y a eu 2.081 décès d'enfants de zéro à un an, soit 183 p. 1000.

C'est à dire que sur un total de 68.431 naissances, 11.502 enfants ont succombé pendant la première année; la mortalité moyenne, a donc été pendant ces six années de 168 p. 1000. Les mêmes documents nous servent encore à démontrer que pendant le cours de la seconde année, la mortalité est encore très élevée à Marseille.

En effet, si nous prenons le nombre des naissances en 1901, soit 11.585, et si nous en déduisons le nombre des décès pendant la première année 2.064, il reste pour la deuxième année 9.521 enfants; or, pendant cette deuxième année, c'est à dire en 1902, il est mort 766 enfants, soit une mortalité de 80 p. 1000 pour des enfants de un an à deux ans. En faisant le calcul pour les années suivantes, on verrait que

En 1903 cette mortalité a été de 76 p. 1000.

En 1904 cette mortalité a été de 105 p. 1000.

En 1905 cette mortalité a été de 100 p. 1000.

C'est donc en moyenne 90 enfants sur 1000 qui succombent pendant leur seconde année.

Comment porter remède à cet état de choses?

Le Docteur Cassoute, Médecin des Hôpitaux, justement alarmé de cette énorme mortalité, voulut faire quel-

que chose pour tâcher de l'enrayer. Et sous sa haute direction, un comité se forma avec Madame Mastier comme présidente, pour la création de dispensaires. Après quelques mois de fonctionnement les résultats furent déjà appréciables et le vénéré Professeur Budin vint à Marseille pour proclamer les bienfaits des consultations de Nourrissons. Mais subitement indisposé, il dut s'aliter à l'hôtel où il était descendu, et malgré les soins dévoués dont il fut entouré, la maladie inexorable emporta le sublime apôtre dont les dernières pensées furent pour ces petits êtres, au sauvetage desquels il avait voué sa vie.

Nos dispensaires se composent de trois salles. La plus vaste sert de salle d'attente. Dans une salle intermédiaire se pratiquent les pesées; enfin une troisième est affectée à la consultation des docteurs.

En entrant dans la salle d'attente, la maman reçoit tout d'abord un numéro désignant son tour. Des affiches bien en vue, lui indiquent que les bébés atteints de maladies contagieuses, telles que fièvres éruptives, coqueluche, etc., ne sont pas admis à la Consultation. D'autre part, toutes les précautions sont prises en ce qui concerne les locaux des dispensaires, de manière à éviter la contagion apportée du dehors par les enfants qui nous sont amenés aux consultations. C'est là une question de première importance qui fut, il y a quelques années l'objet d'une longue discussion à la Société Médicale des Hôpitaux et nous pensons qu'il n'est pas inutile de décrire notre manière de procéder. « La contagion par l'air, dit Grancher, n'existe pas dans les salles où il est interdit de cracher et où la poussière est supprimée. Au contraire la contagion par les objets, c'est à dire par le contact direct ou indirect, existe pour toutes les maladies. » Partant de ce principe, voici comment il est procédé à chaque consultation. La porte de la salle d'attente est ouverte

toujours à la même heure; les enfants sont inscrits dès leur arrivée et doivent, sans exception aucune, être présentés aux inscriptions.

S'il s'agit d'un enfant déjà soigné au dispensaire dont les parents connaissent nos habitudes, et présentant quelque chose d'anormal, nous sommes de suite avertis et son isolement sera immédiat.

Si au contraire le petit malade vient pour la première fois à la consultation, la dame patronnesse chargée de l'inscrire, interroge la personne qui accompagne l'enfant, examine le faciès du nouvel arrivant et au moindre doute le fait sortir de la salle d'attente.

Ces malades suspects, isolés des autres consultants, sont examinés immédiatement et renvoyés chez eux. Nous avons eu quelques rares fois à diagnostiquer dans ces conditions, des rougeoles, varicelle, coqueluche, et cependant avec ces simples précautions, il est possible de réaliser une prophylaxie à peu près suffisante des maladies contagieuses qui se présentent aux dispensaires.

La mère peut en attendant son tour lire quelques conseils pratiques sur le réglage de l'alimentation, sur l'utilité de venir assidument à l'Œuvre, sur les dangers de l'alimentation précocce. Le déshabillage se fait, suivant la disposition des locaux, soit dans la salle d'attente, soit dans la salle des pesées. Les enfants sont placés tout nus dans la balance. Quelques mères opposent, dans les premiers temps, surtout en hiver, une certaine résistance à déshabiller complètement leur bébé. Mais la règle est formelle, et, d'ailleurs, les récalcitrantes sont rapidement convaincues par l'exemple des autres.

L'expérience nous a démontré que la salle des pesées est absolument indispensable. Si on pèse dans la salle d'attente, le bruit des conversations des mamans ou les cris des bébés

gênent la personne préposée à la pesée. Les inconvénients ne sont pas moindres dans la salle de consultations. Bien des nourrissons pleurent et crient lorsqu'on les place dans la balance. La consultation du docteur est alors troublée, parfois même interrompue. D'autre part, avec le système de la salle de pesées, la gérante n'étant pas distraite elle-même par les conversations du docteur avec les mères, procède avec plus de méthode et d'attention à la pesée que nous exigeons toujours minutieusement exacte.

La gérante est aidée dans sa tâche par une ou deux dames patronnesses qui inscrivent, au fur et à mesure, les poids sur un ticket spécial, que la maman peut emporter après sa consultation et sur la feuille destinée à enregistrer la courbe de poids du bébé. Cette courbe reste toujours au siège de la consultation.

La feuille d'observations détachée a été adoptée au lieu du gros registre employé dans certaines œuvres similaires. La manipulation en est plus aisée, aussi bien au cours de la consultation que par la suite, si l'on veut relever le détail des observations pour des travaux scientifiques ou des statistiques.

Muni d'une fiche qui porte tous les renseignements relatifs à l'état-civil de l'enfant, au mode d'allaitement, aux particularités de la grossesse, de l'accouchement et aux antécédents, la maman se présente dans la salle de consultations, avec le bébé encore tout nu ou recouvert sommairement de ses vêtements.

Une surveillance médicale régulière et telle qu'on voudrait l'obtenir dans tous les cas et qui consiste à amener les nourrissons au dispensaire tous les huit jours au moins pour y être pesés et examinés complètement nus, offre parmi de nombreux avantages celui de nous documenter sur l'accroissement des enfants. Des graphiques sont établis pour cha-

l'un d'eux sous la forme d'une courbe d'accroissement et leur comparaison avec une courbe moyenne permet, de juger à chaque examen de l'état de santé de l'enfant. Si la ligne d'ascension est insuffisante, s'il existe même une ligne de descente ou seulement un plateau, on recherche la cause de cet état anormal. Toutefois s'il est vrai que « rien ne saurait remplacer la balance pour permettre d'apprécier le développement de l'enfant », nous ne croyons pas avec Pierre Budin qu'un simple coup d'œil sur cette courbe suffise à nous renseigner; et nous ne saurions trop insister sur l'utilité de voir en même temps la courbe et l'enfant déshabillé. L'état des tissus, de la peau, du squelette, de la fontanelle que le simple index « balance du pauvre », dit Pinard, suffit à apprécier, le développement du ventre surtout, sont des éléments aussi importants que le poids. En utilisant parallèlement les deux méthodes, examen et pesée, on peut se rendre compte que la courbe d'accroissement de l'enfant le plus normal ne saurait être mathématique, comme la parabole d'un astre et que l'usage exclusif du pèse-bébés pour les familles, l'origine d'alarmes mal fondées. Les courbes présentent cependant une valeur d'autant plus réelle qu'elles portent sur une période plus longue. C'est ainsi que la courbe d'un enfant régulièrement suivi pendant deux ans permet, par un simple coup d'œil, cette fois, de juger d'une façon rétrospective de son développement. La négligence de certaines mères y est écrite sous forme de dents de scie qui jalonnent la courbe et qui correspondent à des troubles digestifs ou des refroidissements à répétition; la suralimentation s'y traduit par une ascension superbe, puis après quelque temps par un plateau, voire même des crochets qui attestent les déboires. Dans d'autres cas, c'est l'atrophie que révèle cette courbe restant notablement au-dessous de la courbe normale.

Le service médical est assuré simultanément par un doc-

teur et un interne des Hôpitaux, ce dernier étant plus particulièrement chargé d'examiner les enfants normaux, ceux dont la courbe d'accroissement se fait d'une façon régulière. Le docteur peut ainsi s'occuper avec plus d'attention des bébés qui exigent une surveillance minutieuse, et interroger avec tous les détails nécessaires les nouvelles venues.

Les médecins sont assistés par des dames patronnesses qui inscrivent sur les feuilles d'observation, les courbes de poids, les notes concernant le régime alimentaire, les accidents pathologiques qui ont pu se produire dans la semaine, ou les conseils que donne le docteur. Certaines mères écoutent, en effet, ces conseils d'une oreille distraite, d'autres ne comprennent pas tout de suite; la feuille, emportée au domicile, permet de préciser les souvenirs.

Parmi les patronnesses, les jeunes filles sont particulièrement choisies pour exécuter ces petits travaux. Elles font ainsi, d'une manière très pratique leur apprentissage et sont à même de bien remplir plus tard leur rôle si précieux de mère.

Les dames patronnesses se chargent de la distribution des secours ou des vêtements qu'elles confectionnent à l'ouvrage du jeudi. Comme nous prêchons la propreté, du savon est distribué aux mères et nous avons pu ainsi obtenir un grand progrès dans l'entretien du nourrisson.

Enfin, suivant la distance à laquelle habite la maman, on alloue une indemnité de tramway pour l'aller et le retour. Cette combinaison nous permet de conserver la clientèle de certaines mères qui, en raison de l'éloignement de leur domicile, ne pourraient pas être assidues. D'autre part, l'enfant est mieux protégé contre les rigueurs de l'hiver ou les chaleurs de l'été. On sait, en effet, qu'un des grands reproches adressés aux consultations de nourrissons consiste à dire que le transport à grande distance expose les bébés à toutes

les intempéries. Mais voici ce que le D^r Bresset écrivait à ce sujet: « Frappés du chiffre élevé de la morbidité par affections de l'appareil respiratoire chez les nourrissons de leur consultation, MM. Porak et Katz ont attribué cette fréquence aux refroidissements que subissent les enfants, le jour où ils sont amenés à la consultation. Le professeur Budin répondant à une lettre ouverte du Docteur Szana est revenu sur cette question pour infirmer cette hypothèse. Depuis longtemps, cette question m'avait préoccupé, et les enquêtes que j'avais pu faire au sujet des bronchites graves et des broncho-pneumonies survenues chez les nourrissons surveillés, m'avaient conduit à incriminer surtout les deux causes suivantes:

Les changements brusques de température qui surviennent dans la deuxième partie de la nuit, dans les logements d'ouvriers surpeuplés et surchauffés dans la soirée..

Le séjour prolongé à tout propos et hors de propos des nourrissons âgés de quelques mois dans de petites voitures. Imbues de cette idée que, pour bien se porter, il faut que leurs nourrissons « prennent l'air », les mères de la classe ouvrière les promènent dans ces voitures matin et soir, par des temps abominables et sans nécessité. Il est facile de se rendre compte de ce qu'il advient d'un nourrisson immobilisé dans ses langes pendant plusieurs heures d'hiver et couché dans ces voitures plus ou moins confortables. J'ai recherché avec soin la fréquence des affections de l'appareil respiratoire chez les nourrissons régulièrement surveillés et chez les irréguliers, ces derniers n'étaient astreints à aucune visite à jour fixe; j'ai constaté que les premiers étaient beaucoup moins atteints que les seconds. »

Notre beau climat met déjà dans une certaine mesure, les enfants que nous assistons à l'abri de ce danger. D'autre part, les heures de consultations sont également combinées

pour qu'en été, l'enfant ne soit pas sorti avant 3 heures et qu'il soit rentré avant 5 heures l'hiver.

Quant à la distribution du lait, comme cela se passe dans certaines œuvres, nous n'avons pas cru devoir en distribuer. D'abord l'œuvre étant jeune et indépendante, ses ressources financières ne lui permettent pas d'entrer dans une voie qui peut gréver lourdement le budget. D'autre part, comme nous l'indiquons plus loin, le nombre des femmes qui pratiquent exclusivement l'allaitement artificiel est très minime. Quant à celles qui font l'allaitement mixte, elles constituent plutôt l'exception. Un des premiers résultats de la consultation est encore d'en diminuer le nombre. Dans les cas cependant où l'allaitement mixte ou artificiel paraissent indiqués, on a soin de toujours préciser la quantité que l'enfant doit prendre, la proportion du coupage et, pour cela, nous nous bornons à donner des bouteilles graduées vides. A défaut de mieux, cette distribution de bouteilles graduées réalise déjà un progrès.

L'expérience nous a en effet rapidement démontré qu'on est rarement compris lorsqu'on dit à une mère: vous donnerez 50 ou 100 gr. de lait. Elle ne se représente jamais la quantité de liquide que cela fait. Avec la bouteille graduée, il est très facile de montrer la hauteur que doivent atteindre le lait et l'eau de coupage. Pendant l'hiver, cette façon de procéder nous donne des résultats satisfaisants, en conseillant l'usage du lait bouilli. Malgré les reproches qui ont été formulés contre le lait bouilli (stérilisation insuffisante, diminution de la valeur nutritive et de la digestibilité), nous pensons que ce mode de préparation donne des résultats excellents pendant la saison froide. A cette époque le lait se maintient en équilibre avec la température extérieure, le développement rapide des germes n'est guère possible. En ce qui concerne la diminution des propriétés nutritives, elle est réelle,

mais utile, car elle s'exerce aux dépens de la caséine qui est toujours en quantité trop grande dans le lait de vache, pour la capacité digestive de l'estomac des nourrissons. Pendant l'été l'ébullition ne donne évidemment plus une sécurité absolue. Nous recommandons toujours cependant, de conserver le lait dans un endroit très frais et de renouveler, matin et soir, la provision ou de faire bouillir de nouveau. Dans certains cas cependant, lorsque la mère nous paraît assez intelligente et non complètement dépourvue de ressources, nous conseillons la stérilisation.

On nous objectera que la qualité du lait est toujours douteuse, soit par une mauvaise alimentation des vaches, soit que la fraude du vendeur reste toujours possible. Le problème serait résolu, si la production et la vente du lait étaient réglementées et soumises à une surveillance incessante et rigoureuse. Ce sont des mesures d'hygiène administrative qui conviendraient ici ; la surveillance des étables, le sacrifice des animaux reconnus malades, etc. Les enfants, les premiers profiteraient de cette vigilance, et, échappant à la contagion qui les affaiblit pour toujours quand elle ne les tue pas, arriveraient à la puberté et à l'âge adulte, vigoureux et sains.

Il ne faut, d'ailleurs, pas oublier que, ce qui est facile dans une consultation de maternité ou dans un dispensaire privé, à clientèle limitée, deviendrait un rouage compliqué pour une œuvre qui a l'ambition de créer dans tout Marseille et principalement dans les quartiers ouvriers, le plus de consultations possibles.

Enfin, comme il convient de proclamer toujours la supériorité de l'allaitement maternel sur tous les autres modes de nourriture, et de déplorer l'abandon volontaire ou involontaire de ce devoir qui est en même temps un bienfait pour les mères et pour les enfants, l'Œuvre n'aurait pas accompli

le but qu'elle s'était tracé si elle avait distribué du lait ; car les mères alors n'auraient pas compris par quelle contradiction on leur conseille de tant nourrir. Nous devons tous agir, dans la mesure de nos moyens, pour développer l'allaitement maternel trop délaissé dans notre société riche et mondaine. Et pour cela il faut que nous soyons bien convaincus de l'excellence de ce complément naturel de la maternité. Enfanter ne suffit pas : une mère n'est pas complète, si elle ne nourrit pas de son lait le petit être qu'elle a mis au monde.

CHAPITRE II

RESULTATS GENERAUX

Nous avons vu dans le chapitre précédent la moyenne élevée des enfants qui succombent à Marseille.

Comment porter remède à cet état de choses ?

Il faut pour cela reconnaître les causes de mort de ces enfants.

Les recherches faites sur ce sujet pour la population urbaine de la France par MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph nous ont montré que sur 1.000 enfants de zéro à un an qui succombent :

384 sont enlevés par affections du tube digestif

147 sont enlevés par affections pulmonaires

170 sont enlevés par débilité congénitale

24 sont enlevés par tuberculose

49 sont enlevés par maladies contagieuses

222 sont enlevés par toutes les autres causes réunies.

Nous avons fait les mêmes recherches en ce qui concerne la ville de Marseille et grâce à Monsieur le Docteur Cassoute qui a bien voulu nous fournir les documents qui nous étaient nécessaires pour ce travail, nous avons obtenu les résultats détaillés dans le tableau ci-dessous.

ANNEES	Causes des Décès de 0 à 1 an						TOTAUX
	Diarrhée	Affections pulmonaires	Faiblesse congénitale	Maladies contagieuses	Convulsions	Divers	
1901.	548	399	250	123	140	604	2.064
1902.....	548	368	312	205	113	391	1.937
1903.....	551	331	247	280	112	411	1.962
1904.....	590	326	247	124	117	350	1.754
1905.....	617	283	347	81	129	347	1.704
1906	656	353	222	188	123	439	2.081
TOTAUX...	3.510	2.060	1.625	1.001	734	2.572	11.502

Ces résultats montrent qu'en moyenne, pour cette période de six années sur 1.000 enfants qui ont succombé :

- 305 ont été emportés par la diarrhée
- 179 ont été emportés par affections pulmonaires
- 141 ont été emportés par faiblesse congénitale
- 87 ont été emportés par maladies contagieuses
- 64 ont été emportés par convulsions
- 224 ont été emportés par toutes les autres causes.

Les causes de mort sont donc les mêmes que pour le reste de la France. Ce sont principalement la diarrhée, les affections pulmonaires, la faiblesse congénitale, les maladies contagieuses.

1° *Diarrhée.* — Les travaux de Balestre ont montré que cette maladie qui a elle seule emporté le 1/3 des enfants de zéro à un an, sévit surtout pendant l'été. Ce sont donc les chaleurs qui amènent une recrudescence dans la mort par diarrhée et cela surtout chez les enfants élevés artificiellement ou qui reçoivent prématurément les aliments solides.

A Marseille la plus grande partie des enfants sont élevés au sein, mais dans ce cas encore, l'ignorance des mères, les préjugés, la suralimentation, causent de nombreuses victimes par affections du tube digestif;

2° *Affections pulmonaires.* — Comme la gastro-entérite, cette cause a été étudiée par MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, mais ici si on faisait un graphique on trouverait une courbe inverse de celle de la diarrhée.

La mortalité déterminée par les affections pulmonaires est faible pendant le mois où il fait chaud; au contraire le nombre des décès augmente au fur et à mesure que la température s'abaisse.

C'est pendant les mois froids que les enfants sont le plus exposés à ces maladies et y succombent en plus grand nombre, soit en janvier par exemple une proportion de 260 p. 1000.

3° *Débilité congénitale.* — La troisième cause de mort d'une importance à peu près égale à la précédente, est la faiblesse congénitale: elle cause à Marseille 141 décès sur 1.000. Les enfants débiles le sont souvent parce qu'ils naissent prématurément ou parce qu'ils sont atteints de tare héréditaire. Ces petits êtres succombent surtout.

a) aux refroidissements

b) aux fautes commises dans leur alimentation

c) aux maladies contagieuses.

a) Que deviennent les enfants dont la température s'est abaissée au-dessous de la normale?

Avec une température rectale de 32° ou au-dessous:

Les enfants pesant moins de 1.500 gr. meurent dans la proportion de 98 p. 100.

Les enfants pesant de 1.500 à 2.000 gr. dans la proportion de 97,5 p. 100.

Les enfants pesant plus de 2.000 gr. dans la proportion de 75 p. 100.

Une des plus grandes causes de mort des enfants atteints de faiblesse congénitale est donc le refroidissement.

b) Une autre cause de mort de ces petits êtres nés prématurément, par conséquent avec des organes incomplètement développés et par suite mal préparés pour la digestion est l'alimentation.

Si on ne les nourrit pas suffisamment ils sont pris d'accès de cyanose et meurent; si on les alimente trop, leur tube digestif fonctionnant difficilement, ils ont de la diarrhée et succombent également.

c) Enfin, plus que tous les autres, les enfants débiles sont aptes à contracter les maladies contagieuses, et, vu leur faible résistance, ils sont emportés dans des proportions très grandes, alors que dans les mêmes conditions des enfants plus forts guériraient.

Or à Marseille les maladies contagieuses ne sont pas rares, et la variole presque inconnue aujourd'hui dans le reste de la France, y exerce encore de temps en temps de terribles ravages.

Telles sont les causes de la mort des enfants de zéro à un an. Quant aux causes de la mortalité pendant la deuxième année elles sont inscrites dans le tableau ci-dessous, dû à l'obligeance du Docteur Cassoute.

ANNEES	Causes des Décès de 1 à 2 ans					TOTAL
	Diarrhée	Affections pulmonaires	Maladies contagieuses	Convulsions	Divers	
1901.....	143	307	145	191	66	853
1902.. ...	101	271	143	194	55	766
1903.....	110	238	207	146	54	762
1904.....	181	202	130	369	82	981
1905.....	172	244	166	209	60	963
TOTAUX...	707	1.262	791	1.109	317	4.325

Il résulte de ce tableau que sur 1.000 enfants qui succombent dans la deuxième année à Marseille:

187 succombent à la diarrhée

292 succombent aux affections pulmonaires .

183 succombent aux maladies contagieuses

256 succombent aux convulsions

82 succombent à toutes les autres causes.

Les causes sont à peu près les mêmes que pendant la première année, mais avec des proportions différentes; cependant nous devons faire une remarque en ce qui concerne la mortalité par convulsion et méningite; il semblerait que cette cause est considérable, puisqu'elle emporte presque autant d'enfants que les affections pulmonaires, c'est évidemment une mauvaise interprétation des faits; la méningite nous le savons est peu fréquente à cet âge; quant aux convulsions, elles sont un symptôme et non une maladie, elles accompagnent plus spécialement les troubles digestifs graves et il est probable que le grand nombre d'enfants décédés sous la rubrique convulsions devraient grossir le nombre de ceux qui ont succombé aux affections du tube diges-

tif, affections qui surviennent au moment du sevrage et qui sont dûs le plus souvent à la suralimentation.

Voyons maintenant quels ont été les résultats obtenus grâce à l'Œuvre des nourrissons. Depuis la création de l'Œuvre à Marseille, plusieurs dispensaires ont été ouverts dans les quartiers les plus peuplés, dans les centres ouvriers de la ville et actuellement cinq dispensaires fonctionnent régulièrement. Mais de plus deux de ces dispensaires, celui de la Belle-de-Mai et celui de la rue Thubaneau ont dû être doublés, vu le nombre croissant d'enfants à examiner, ce qui porte le nombre à sept séances de consultations par semaine.

Pendant les 15 premiers mois 1 121 nourrissons ont été inscrits donnant lieu à 8.774 consultations et pesées; pendant l'année 1908, c'est-à-dire la deuxième année de fonctionnement, 1.342 nourrissons inscrits et 10.520 consultations et pesées; enfin en 1909, la troisième année, 1.476 nourrissons inscrits et 15.888 consultations et pesées, qui se répartissent de la façon suivante:

*Nombre d'inscriptions et consultations
pour chaque dispensaire*

TABLEAU A

DISPENSAIRES	Inscriptions	Consultations et pesées	Nombre de Séances
Rue Saint-Lambert, 65....	200	2.576	49
Rue des Châtelets, 3.	216	2.638	50
Ernest Delibes { Mardi..	192 {	1.977 {	50
Belle-de-Mai { Samedi..	281 { 473	2.433 { 4.410	51
P. Budin { Mardi...	211 {	2.528 {	48
R. Thubaneau { Vendredi	147 { 358	1.075 { 3.604	33
Boulevard du Jarret, 3 .	229	2.660	52
TOTAUX.....	1.476	15.888	333

Nous voyons donc que la progression, va toujours en augmentant et qu'ainsi le nombre de nourrissons surveillés est de plus en plus considérable.

Tableau comparatif des 3 années de fonctionnement

TABLEAU B

DISPENSAIRES	Inscriptions pendant			Consultations et pesées pendant		
	1 ^{re} Année	2 ^e Année	3 ^e Année	1 ^{re} Année	2 ^e Année	3 ^e Année
Rue Saint-Lambert, 65.	416	264	200	3.272	2.504	2.660
Rue des Châtelets, 3. . .	313	261	216	2.843	2.487	2.638
Rue Belle de-Mai.....	392	499	473	2.659	3.733	4.410
Rue Thubaneau.....	—	213	358	—	1.366	3.604
Boulevard du Jarret, 3.	—	105	229	—	430	2.660
TOTAUX....	1.421	1.342	1.476	8.774	10.520	15.888

Mais ce qui nous intéresse surtout c'est la mortalité et à ce point de vue nous allons donner une statistique aussi précise que possible. Une des plus grandes difficultés pour obtenir cette exactitude vient de ce que les mères ne se soucient pas toujours de nous prévenir du décès de leur bébé. Dans quelques cas, on apprend ce décès par une voisine qui continue à fréquenter l'Œuvre. D'autre part, il faut tenir compte également des mères qui quittent Marseille, et dont l'enfant peut aller mourir ailleurs. Il est vrai que, dans ces cas-là, il s'agit, le plus souvent d'enfants qui ne sont plus soumis depuis plusieurs semaines à notre surveillance. Pour parer à quelques-uns de ces inconvénients, nous procédons de la façon suivante. Les bureaux de l'Etat-Civil nous communiquent chaque jour, la liste des décès. La moyenne est de

25 à 30, sur ce nombre on relève les décès d'enfants de zéro à deux ans. Les nourrissons inscrits dans nos dispensaires étant classés par lettre alphabétique, il est facile de retrouver le nom de l'un d'entre eux, s'il vient à figurer sur la liste des décès de la mairie. On contrôle soigneusement la concordance du nom, prénoms et âge. On peut ainsi éliminer à peu près sûrement toute cause d'erreur. Sur 578 nourrissons qui sont venus à la consultation pendant au moins un mois, c'est-à-dire pendant la période que l'on juge habituellement nécessaire pour faire comprendre aux mères les règles principales concernant l'alimentation des bébés, nous avons eu 24 décès, soit 4,15 p. 100. Les 9/10 de ces enfants sont des nourrissons de zéro à un an. La mortalité moyenne pour les bébés d'au moins un an est à Marseille de 16 à 17 p. 100 environ. Mais ce chiffre représente la mortalité des enfants de toutes les classes de la société. Or il est incontestable que les décès sont plus nombreux dans la classe ouvrière et indigente, c'est-à-dire celle où se recrute notre clientèle. Si on établissait la moyenne, non pas sur l'ensemble des enfants riches et pauvres, mais sur les pauvres seulement, le taux de la mortalité s'élèverait sensiblement et nous sommes sans doute au-dessous de la vérité en l'évaluant à 20 p. 100. C'est ce taux qu'il faut prendre comme base de comparaison, pour apprécier la faible mortalité de 4,15 p. 100 des enfants soumis à notre surveillance.

Ces chiffres se passent de tout commentaire et justifient à eux seuls l'utilité incontestable de l'Œuvre. Ils donnent une idée des proportions dans lesquelles nous arriverions à diminuer la mortalité infantile à Marseille, si tous les quartiers étaient pourvus de consultations de nourrissons.

Mais si au lieu d'examiner l'influence possible de l'Œuvre sur la mortalité totale des nourrissons de la ville, nous relevons simplement la mortalité par gastro-entérite, la seule

en somme que nos consultations puissent combattre directement et efficacement, nous sommes frappés de la faiblesse du nombre de décès pour cette affection. Le tableau suivant où sont indiqués les décès par gastro-entérite de zéro à un an depuis 1901 est très suggestif.

		ANNÉES	Nombre de Décès par gastro-entérite de 0 à 1 an.
Pas de Consultations de Nourrissons à Marseille	{	1902.....	560
		1903.....	551
		1904.....	590
		1905.....	617
		1906.....	656
Fonctionnement des Consultations	{	1907.....	543
		1908.....	505
		1909.....	498

En réalité les décès par gastro-entérite semblaient aller plutôt en augmentant pendant les dernières années. En 1907 seulement ils commencent à décroître et jamais chiffre aussi faible n'a été constaté. Mais ce chiffre n'a de valeur que si l'on le compare au chiffre des naissances, une trop grande diminution de naissances dans l'année entraînant forcément un plus petit nombre de décès. Or la moyenne de naissances a été sensiblement la même.

Si nous comparons la mortalité par gastro-entérite à la mortalité totale des nourrissons de zéro à un an, nous constatons encore que de 1902 à 1906, 32,5 p. 100 d'enfants qui meurent sont enlevés par gastro-entérite; en 1908 ce n'est que 28 p. 100, enfin en 1909 plus que 26 p. 100. Il est évidemment nécessaire pour attribuer le mérite de cette diminution à l'œuvre, que le bilan des années qui vont suivre vienne

confirmer ces beaux résultats, et nous nous garderons bien, par prudence scientifique, d'affirmer jusqu'à nouvel ordre que ces résultats soient dûs exclusivement à l'Œuvre.

Nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de remarquer qu'ils paraissent bien coïncider avec le succès que d'autres ont obtenu de leurs consultations de nourrissons et que ces chiffres concordent avec le bilan que doit nous donner le nombre d'enfants efficacement surveillés par l'Œuvre.

L'étude détaillée de notre mortalité par gastro-entérite à l'Œuvre vient à l'appui de cette assertion. Le tableau suivant donne un compte-rendu de tous les décès par gastro-entérite et athrepsie relevés en 1909 parmi les enfants inscrits sur nos registres.

Tableau des décès de 1909 par gastro-entérite et athrepsie

TABLEAU C

N ^{os} D'ORDRE	NOMS	NOMBRE de séances	AGE	Ne venait plus depuis
207	P... Laurent.....	1	2 mois $\frac{1}{2}$	50 jours
94	M... Joseph.....	1	12 mois	8 mois 5 jours
102	C... Marcel.	8	3 mois	13 jours
633	B... Antoine.....	2	3 mois	1 mois
3	L... Virginie.....	1	3 mois	3 jours
298	L... Marthe.....	2	2 mois	12 jours
105	B. . Paul....	12	4 mois	16 jours
106	L.-C... Eugène.....	1	7 mois $\frac{1}{2}$	6 mois
287	F... Joseph.....	1	4 mois	3 mois
40 } 41 }	Charles..... M... Marguerite.....	1	5 mois	15 jours
66	C... Marcelle.....	1	1 mois	4 jours
443	C... Marie-Rose.....	13	1 an $\frac{1}{2}$	5 mois $\frac{1}{2}$
253	B... Joséphine.....	10	15 mois	42 jours
770	A... Henriette....	4	9 mois	3 mois $\frac{1}{2}$
398	G... Sophie.....	3	15 mois	11 mois
373	R... Louis	2	19 mois	10 mois
754	P... Louis.....	9	3 mois	16 jours
309	R... Louis.....	1	1 mois	4 jours
719	S... Charles.....	1	1 mois	9 jours

Ce tableau démontre clairement que tous les enfants inscrits à l'Œuvre qui ont succombé à la gastro-entérite n'avaient pas été, à cause de la négligence de leurs parents,

l'objet d'une surveillance rigoureuse du médecin de l'Œuvre. Les uns n'étaient venus qu'une fois, les autres, après deux ou trois présences en moyenne, n'avaient plus été conduits au dispensaire depuis plusieurs mois au moment de leur décès.

Trois décès pourraient nous être incriminés; mais si nous regardons les feuilles d'observation, nous voyons pour le N° 102 que cet enfant a présenté des ulcérations d'origine douteuse aux lèvres et aux commissures. A partir de ce moment l'état général décline rapidement et la mère tombant malade le biberon est mal donné à l'enfant qui succombe.

Pour le N° 105 nous voyons que malgré nos conseils la mère persiste à donner le biberon. Quant au N° 754 il est décédé presque subitement de diarrhée. Nous pouvons donc conclure en toute sincérité et le tableau en fait foi, qu'il n'a pas été relevé un seul cas de gastro-entérite parmi les enfants venus régulièrement à l'Œuvre.

Nous donnons à titre de renseignement les autres causes de décès des enfants inscrits, en comprenant, bien entendu, même ceux qui n'ont qu'une seule présence.

Gastro-entérite et athrepsie.....	20
Maladies des voies respiratoires.....	32
Convulsions et méningite.....	19
Débilité	3
Rougeole	13
Variole	0
Divers	16

Total..... 104

Soit 104 décès sur 1.476 inscrits, ce qui donne une proportion de 6 p. 100. A titre d'indication seulement, car nous

avons fait valoir les raisons qui ne nous permettent pas d'établir une comparaison rigoureusement exacte entre les décès de la ville et ceux de l'Œuvre, nous rappellerons que la moyenne des décès de la ville est pour les enfants de zéro à un an de 17 p. 100.

On peut voir sur notre statistique générale de mortalité qu'aucun enfant n'a succombé à la variole en 1909. Cela tient à ce que tout enfant arrivant à l'Œuvre est interrogé sur sa vaccination et si elle n'a pas encore eu lieu, il y est procédé tout de suite, souvent malgré l'opposition de la mère. Mais l'ordre est formel tout enfant dont les parents s'opposent à la vaccination n'est plus admis à la consultation. Nous avons eu la douloureuse surprise de constater que sur 1.467 nourrissons inscrits à l'Œuvre pendant l'année 1909, à peine 255 étaient déjà vaccinés, c'est-à-dire que près de 90 p. 100 des enfants ne sont pas vaccinés au moment de leur inscription. Mais, fait plus grave, le nombre des enfants de 1 à 2 ans non vaccinés est de 63 p. 100. Ceux-là sont en infraction avec la loi et si ce pourcentage est le même pour tous les enfants de la ville, on comprend aisément les hécatombes de nourrissons qui se produisent lorsque survient une épidémie de variole aussi intense que celle de 1907. Il serait à souhaiter que la loi française en vigueur actuellement soit modifiée et que la limite pour la vaccination soit considérablement réduite. En effet la loi fixe actuellement à un an le délai pour la vaccination, elle devrait au contraire exiger que le nourrisson soit vacciné dans les 15 premiers jours de sa naissance. Au cours de la dernière épidémie de variole, les enfants du premier âge ont succombé dans des proportions considérables. En décembre 1906 seulement, 42 enfants de zéro à un an ont été fauchés par la plus évitable des maladies. En janvier et en février 1907 cette effrayante mortalité continue et cela n'a rien d'étonnant quand on songe que la loi sur la vaccination

obligatoire ne comporte aucune sanction pratique à l'obligation de la vaccine. Les municipalités, quelles qu'elles soient, hésitent toujours à exercer les poursuites prévues par la loi. Le résultat est que les enfants ne sont vaccinés que très tard. C'est ainsi que, à la fin de chaque année, quand le bureau d'hygiène réclame les certificats de vaccine, la plus grande partie des lettres adressées aux parents retournent à la mairie soit à cause du départ de la famille, soit à cause de changement de domicile. Aussi la plupart des enfants nés dans l'année ne sont pas soumis à la vaccine. Tout ceci n'arriverait pas si, comme nous le disions plus haut, la vaccination était obligatoire dans le premier mois de la naissance.

C'est pourquoi malgré la résistance, basée sur l'ignorance et les préjugés, que nous avons rencontré chez les parents, loin de diminuer notre zèle, doit nous montrer, au contraire, l'effort qu'il nous reste à accomplir pour propager les notions élémentaires d'hygiène et de prophylaxie dans la classe ouvrière et indigente. Aussi la vaccination immédiate au moment de l'inscription offre cet immense avantage que si l'enfant ne revient plus, il a au moins retiré un bénéfice d'une visite au dispensaire. Et c'est ainsi qu'aucun décès de variole n'a été constaté parmi les enfants inscrits à l'Œuvre.

Enfin, avant de terminer ce chapitre, il nous reste à dire quelques mots sur l'assiduité que présentent les mères à suivre nos consultations.

En effet, la plus grande préoccupation des directeurs de consultations de nourrissons a toujours été de trouver les moyens propres à assurer l'assiduité des mères et à leur faire comprendre qu'elles doivent apporter leurs enfants dès la naissance, même lorsqu'ils sont bien portants, afin de les soustraire aux maladies inévitables. Le mot de consultation éveille forcément l'idée de maladie, et, à Marseille principa-

lement, lorsque les femmes de la classe ouvrière ou indigente se décident à « consulter », c'est qu'il s'agit d'un cas très grave. Aussi, bien au courant des mœurs et des usages provençaux le mot consultation fut banni du titre officiel de l'Œuvre. Malgré cela, le nombre des enfants malades qu'on nous apporte est encore trop considérable. Et ceci va à l'adresse de certaine critique déontologique que l'on pourrait adresser à notre Œuvre. En effet, lorsqu'il fut question de créer des dispensaires dans certains quartiers populeux de la ville, au milieu d'une grande agglomération d'ouvriers, certains médecins eurent peur d'être lésés dans leur clientèle, et pensèrent que nos consultations les priveraient d'un certain nombre de clients. Mais cependant il n'en fut rien, car l'Œuvre des Nourrissons de Marseille ne se départit jamais de son but : donner des conseils et non des consultations. Il en est tellement ainsi que chaque fois qu'un enfant nous arrive présentant une maladie d'une certaine gravité, il est aussitôt adressé à son médecin traitant et aucun médicament ne lui est ordonné. Aussi avons-nous vu plusieurs médecins habitant le quartier dans lequel se trouvait le dispensaire, ne pas dédaigner de venir suivre notre consultation.

Il faut reconnaître aussi que le but véritable de l'Œuvre a été généralement compris par les mères de famille. En est-il de même pour l'assiduité ? La maman qui nous conduit son bébé à toutes les consultations, depuis l'inscription jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de deux ans, constitue toujours l'exception, à cause des intempéries, des indispositions du nourrisson ou des occupations du ménage. Nous pourrions cependant en citer quelques-unes dont l'assiduité fut remarquable.

En réalité, à l'Œuvre des Nourrissons de Marseille, comme dans toutes les institutions semblables, le nombre des enfants inscrits est loin de représenter le nombre des enfants

surveillés. Le déchet est encore trop considérable. Fait curieux, il se rapproche à quelques unités près du déchet observé à la consultation du P^r Budin ou de celui signalé par les docteurs Carrel et Quillier, de Paris, à leurs dispensaires de la rue St-Dominique et de la Glacière (Heine-Fould).

CLINIQUE TARNIER

(Service du P^r Budin)

	INSCRITS	SURVEILLÉS	
De Mai 1906 à Mai 1907....	144	75	52 %
— 1907 — 1908....	158	77	48 %

DISPENSARE HEINE-FOULD

1 ^{re} Année.....	133	62	46 %
2 ^e Année.....	84	53	63 %

Le docteur Carrel estime à 40 p. 100 le nombre des mères qui ne viennent qu'une fois ou deux et qu'on ne revoit plus. A Marseille, la 1^{re} année, 366 femmes sur 1.121 inscrites ne sont venues qu'une fois, soit 32,6 % ; 543 sont venues pendant moins d'un mois soit 48,4 % ; enfin 578 ont suivi les consultations pendant plus d'un mois, soit 51,5 %.

La 2^e année, le progrès dans l'assiduité est caractéristique, 24 mères qui s'étaient faites inscrire en 1906 et 88 en 1907 ont continué à fréquenter les dispensaires en 1908. Quelqu'une d'entre elles dont les bébés avaient atteint l'âge de deux ans, renonçaient avec peine à l'habitude de fréquenter les consultations et demandèrent l'autorisation de venir de temps à autre nous faire constater l'état de santé de leur enfant. Nous voyons dans cette année-là que sur 1.342 enfants qui ont fréquenté l'Œuvre, 370 ne sont venus qu'une seule fois, soit 27,5 %. En 1909, sur 1.476 inscrits, 461 ne sont venus qu'une fois, soit 31 %. En faisant la moyenne

des 3 années 30 %. des enfants ne sont venus qu'une seule fois. Nous sommes donc en-dessous du chiffre ordinaire qui est de plus 40 %. Ce sont là des chiffres bruts qui examinés de plus près, modifieraient les résultats dans le sens de la fréquentation. Il est incontestable que c'est en persévérant que les mères se rendront mieux compte des heureux résultats que leurs enfants peuvent obtenir d'une fréquentation assidue. Nous sommes persuadés qu'une condition indispensable à réaliser, si l'on veut maintenir l'assiduité, consiste à améliorer constamment l'organisation première pour éviter que les mères stationnent trop longtemps dans les dispensaires et perdent un temps précieux qu'elles doivent consacrer à leur ménage. Aussi la plupart d'entre elles ne demeurent pas plus de 3 4 d'heure à l'œuvre. Grâce à la disposition de nos locaux et à la répartition du travail entre les docteurs pour la visite médicale, les dames patronnesses pour les distributions et la gérante pour la pesée.

Enfin, nos assistées semblent également avoir compris qu'elles doivent nous apporter leurs enfants dans les premières semaines qui suivent leur naissance. En 1906-1907, 382 enfants sur 1121, c'est-à-dire 34 %, ayant moins de 4 mois, ont été inscrits à l'œuvre. En 1908, cette proportion augmente d'une façon sensible : 592 nourrissons de zéro à trois mois sur 1342 inscrits, soit 44 %. Enfin, en 1909 : 819 nourrissons de zéro à trois mois sur 1476 inscrits, soit 55 5, %. Or, les statistiques de mortalité nous apprennent que plus de 50 %, des enfants qui succombent, meurent dans les trois premiers mois de la vie. On comprend, dès lors, l'importance que nous attachons à l'inscription précoce. D'autre part, ce sont précisément les mères qui nous apportent leurs enfants dès la naissance qui restent nos plus fidèles clientes. Leurs enfants efficacement surveillés, échappent donc plus aisément aux dangers du sevrage. Ce résultat nous est d'autant plus facile

à obtenir, que les mères à Marseille ont une tendance très naturelle à allaiter. Mais lorsqu'elles ne sont pas surveillées, elles donnent en même temps que le sein et sans aucune règle, soit du lait de vache, soit des aliments dangereux. Notre tâche consiste donc le plus souvent à maintenir l'allaitement au sein exclusif pendant les premiers mois et à régler les nourrissons. Les résultats obtenus des différents modes d'allaitement fera donc l'objet de notre chapitre suivant.

CHAPITRE III

RESULTAT DES DIFFERENTS MODES D'ALLAITEMENT

Les médecins qui dirigent les consultations de nourrissons et les gouttes de lait, qui accueillent des enfants, les soignent, surveillent leur alimentation, leur donnent du lait pur et aseptique en place des innombrables mixtures qu'ils ont absorbées jusqu'à ce jour, font incontestablement œuvre utile et œuvre belle. Mais doivent-ils considérer qu'ils ont assez fait quand ils ont sauvé ces enfants que la mort guettait ? Doivent-ils penser que la consultation de nourrissons qu'ils dirigent doit rester ce que M. Variot a appelé une école d'allaitement artificiel ; ou bien au contraire, faisant tous leurs efforts pour atteindre un résultat meilleur, doivent-ils chercher à la transformer en une école d'allaitement maternel ?

La réponse n'est pas douteuse.

Rappelons que nous sommes ici sur le terrain de l'hygiène, que tous nos efforts doivent être faits pour prévenir la maladie, et que c'est là que nous sommes tout puissants. N'oublions pas que si ces enfants prématurément sevrés et qui sont entrés à la consultation dans un état tel que les soins les plus éclairés ont été nécessaires pour les sauver ; que ces enfants s'ils avaient eu, dès la naissance, le sein de leur mère,

auraient pour la plupart parcouru sans accident les premiers mois de la vie qui leur sont si funestes.

Nous nous en voudrions d'insister sur le point sur lequel, pensons nous, tout le monde est d'accord, théoriquement du moins. Mais où le désaccord commence, c'est quand il s'agit de faire passer ces idées dans la pratique.

Il est des médecins qui, persuadés que les conditions sociales où elles vivent interdisent d'une façon absolue à certaines mères d'allaiter leur enfant, se refusent à envisager comme possible dans ces cas une autre méthode que l'allaitement artificiel. « Il y aurait cruauté, il y a impossibilité à faire nourrir une femme dans ces conditions », déclare le docteur Brunon. Et, plus loin, après avoir fait le tableau de cet enfant, athrepsique qui arrive à la consultation presque mourant, le ton solennel le cédant au ton ironique, M. Brunon ajoute : « Et vous croyez que je vais faire un discours à cette femme sur l'immortel principe de l'allaitement maternel ? Mais cette femme me dirait des injures ! Elle me traiterait de médecin de Molière ! Ce qu'il lui faut : c'est sauver son enfant. » Oui, sans doute, il faut sauver son enfant ; et le médecin qui, grâce aux conseils qu'il donnera, guérira cet enfant, fera, comme nous le disions plus haut, œuvre utile. Mais, est-ce une raison pour que ce médecin doive s'interdire de faire comprendre à cette femme qu'elle aurait évité, si elle avait nourri son enfant, toutes les angoisses qu'elle vient de traverser. Cet enfant qu'il vient de sauver, la mère reconnaissante le lui ramènera ; il le surveillera souvent jusqu'à la fin de son allaitement. Et même, si la mère suit rigoureusement les conseils qui lui sont donnés, combien de petits ennuis se produiront souvent (troubles digestifs, arrêt de la croissance de l'enfant, diminution de poids même) qui seront une excellente occasion de rappeler à cette mère que c'est un art et un art difficile que de nourrir les enfants au biberon.

Et finalement pour cette femme, cet allaitement artificiel qu'elle aura eu d'autant plus de peine à conduire à un bon résultat que le point de départ aura été défectueux, sera le meilleur encouragement à l'allaitement maternel.

Citons ici un passage de l'article sur les consultations de nourrissons publié par M. Devraigne. « A force de persévérance, on arrive à persuader aux femmes qui donnent le biberon, que le sein est bien supérieur et l'on fait de celles-ci pour les grossesses futures, des adeptes de l'allaitement maternel. Déplorer le biberon, en atténuer les mauvais effets, c'est bien ; chercher à le faire reculer sans cesse devant l'allaitement au sein : c'est mieux. »

« Mais dira-t-on, à quoi bon s'ingénier à démontrer les bienfaits de l'allaitement maternel à des femmes à qui les conditions de la vie, la misère, interdiront d'en faire profiter les enfants ? L'argument est spécieux.

Evidemment, la misère est profonde dans certains quartiers pauvres de Marseille. Evidemment, les mères auront dans ce cas plus de peine à remplir leur devoir. Mais puisque nous sommes tous d'accord sur la supériorité de l'allaitement maternel, pourquoi ne pas secourir les mères vraiment malheureuses. La dépense ne sera pas plus forte, au contraire, et combien les résultats seront plus encourageants ! C'est ici le lieu de répéter une fois encore avec le P^r Pinard : « Quels que soient nos efforts, faites en sorte que la mère ne soit pas séparée de son enfant et qu'elle puisse lui donner le sein. Tout ce qui ira à l'encontre de ce but sera inefficace et stérile le plus souvent, coûteux et inutile presque toujours.

Et qu'on ne vienne pas nous dire que nous faisons de la théorie, que notre idée est irréalisable, que nos conseils ne seraient pas suivis, que nos secours seraient insuffisants. Qu'on ne répète pas avec M. Brunon : « Vous donneriez dix livres de viande que ce serait la même chose. Il faut admirer

la générosité ingénieuse et touchante du médecin, mais dans le cas particulier, je crains qu'elle soit inutile au point de vue de l'allaitement. »

A ceux qui penseraient ainsi, donnons comme exemple ce qu'a fait à Rouen même, M. Panel; à Saint Pol, M. Ausset; ce qu'ont fait MM. Bresset et Carel à Paris. Empruntons encore à l'article de M. Devraigne, déjà cité plus haut, le passage suivant : « Dans la clientèle d'un dispensaire qu'il dirige, M. Panel voyait à peine une ou deux femmes donnant le sein. « Et de bonne foi, dit-il, je ne pensais pas que le contraire fut possible. » Il apprit un jour qu'une indigente faisait avec le lait qu'on lui donnait la soupe pour son ménage et donnait le sein à son enfant. Examinant alors les femmes à qui il donnait du lait pour leurs enfants, il en trouva deux ou trois qui avaient du lait. « C'est alors, dit-il, que m'apparaît cette vérité si simple et pourtant si éclatante, qu'en donnant du lait, c'est à dire un avantage matériel aux femmes qui ne donnent pas le sein, et rien aux mères nourrices, on excite les femmes à ne pas faire leur devoir de mère. » Et aussitôt, aux trois ou quatre femmes nourrices, il donna, en plus du lait, des bons de viande. Les résultats furent merveilleux : il y eut moins d'enfants malades à cause de la diminution du nombre de biberons; l'allaitement au sein, si abandonné dans cette clientèle pauvre, reprit le dessus. »

A la goutte de lait Saint Pol où la misère est extrême, M. Ausset a pu faire passer le pourcentage d'allaitement au sein de 22 p. 100 à 77 p. 100. « Quand on le veut, déclare-t-il en peut, je l'affirme hautement, obtenir l'allaitement maternel, même chez les malheureuses. Mais il faut savoir vouloir. »

C'est dans ce but que l'Œuvre des Nourrissons de Marseille prévoit dans ses statuts la création de crèches industrielles. En effet, bien des femmes employées dans l'industrie, partent dès le matin, du logis, pour ne rentrer qu'à midi ou

parfois même le soir. Si elles ont un nourrisson, elles se voient, dans la plupart des cas, obligées de faire donner le biberon pendant leur absence. Souvent même elles suppriment complètement l'allaitement au sein. La crèche industrielle qui fonctionne déjà dans certaines villes ou dans quelques manufactures de l'Etat, a pour but de permettre à ces mères de pouvoir continuer à allaiter leur bébé. Il suffit, pour cela, qu'on leur accorde un quart d'heure de repos dans la matinée et un quart d'heure dans l'après-midi; les autres têtées pouvant être données le matin avant de commencer le travail, à midi et le soir. L'impossibilité de donner le sein à d'autres heures oblige les mères à régler leurs enfants et ceux-ci en retirent le plus grand bénéfice. De nombreux industriels ont été visités par le Docteur Cassoute et presque tous ont paru favorables à ce projet. Quelques-uns même étudient actuellement cette organisation. Il faut espérer que le jour est proche où, grâce à cette noble philanthropie qui ne fait jamais défaut dans notre pays, nous verrons enfin de nombreux nourrissons, futurs citoyens, grandir et se développer pour le plus grand bien de la nation.

Mais à Marseille surtout notre tâche est considérablement aidée, car à l'inverse de ce qui se passe dans bien des grandes villes, ici dans la classe ouvrière ou indigente, presque toutes les mères nourrissent, mais elles donnent en même temps, dans les premiers mois soit du lait de vache, soit des soupes ou même des aliments indigestes. Car il est certain que la misère est aussi considérable et même plus à Marseille que dans les autres villes, il s'agit donc là plutôt d'une affaire des mœurs et non pas de misère. Il est incontestable que l'allaitement artificiel est beaucoup plus coûteux que l'allaitement au sein. Ceci va à l'encontre de ce que disait le Docteur Bonon, aussi faut-il que le médecin s'efforce de tout son pouvoir et par tous les moyens à modifier tout d'abord les mœurs

de son pays. Aussi grâce aux conseils que nous avons pu donner, un grand nombre de femmes qui croyaient être, au moment de leur inscription dans nos dispensaires, des nourrices insuffisantes, en sont devenues au contraire d'excellentes. Voici maintenant les résultats obtenus.

La première année sur 578 nourrissons surveillés, la proportion des allaitements au sein a été de 440, soit du 76,1 p. 100. Il y a eu 101 enfants soumis à l'allaitement mixte, soit 17,4 p. 100. Et 37 seulement à l'allaitement artificiel, soit 6,4 p. 100.

La deuxième année en 1908 nous trouvons une proportion de 84 p. 100 d'allaitement au sein exclusif; 8,2 p. 100 d'allaitement mixte et 7,6 p. 100 d'allaitement artificiel, soit 92,2 p. 100 de femmes qui nourrissent.

Enfin en 1909 nous trouvons que sur 1476 inscrits, 1010 sont élevés au sein et 295 à l'allaitement mixte; ce qui nous donne une proportion de 95 p. 100 de femmes qui nourrissent.

Statistique des différents modes d'allaitement

TABLEAU D

DISPENSAIRES		Sein	Mixte	Artificiel	Effectif
Rue Thubaneau	M.	130	45	32	211
	V.	85	37	25	147
Rue Belle-de-Mai	M.	134	41	17	192
	S.	210	56	15	281
Rue Saint-Lambert...		132	38	30	216
Rue des Châlets.....		163	38	15	200
Boulevard du Jarret..		156	37	36	229
TOTAUX....		1.010	296	170	1.476

Nous ne croyons pas que l'on ait publié des résultats supérieurs. Il suffit pour s'en convaincre de les comparer à ceux obtenus par le regretté P. Budin à la clinique Tarnier : 70,1 p. 100 d'allaitement au sein ; 23,8 p. 100 d'allaitement mixte et 6,4 p. 100 d'allaitement artificiel. D'ailleurs, les consultations de nourrissons reçoivent les enfants jusqu'à deux ans. A partir de 15 à 18 mois, bien peu têtent encore. Ceux-là sont compris dans nos statistiques comme étant allaités artificiellement. En réalité, notre proportion d'enfants de zéro à un an nourris exclusivement au biberon ne dépasse pas 2 p. 100. Ce résultat est incontestablement dû aux conseils que nous donnons aux mères, car un grand nombre de femmes croient être, au moment où elles s'inscrivent dans nos dispensaires, des nourrices insuffisantes, d'autres ont trouvé plus pratique de ne pas allaiter. Toutes les fois que cela est possible, nous nous efforçons de faire remettre l'enfant exclusivement au sein. Si nous ne réussissons pas toujours, soit en raison d'une insuffisance réelle, soit à cause des occupations obligatoires de la mère, nous obtenons cependant l'allaitement mixte au lieu de l'allaitement artificiel, ce qui est déjà un résultat.

C'est la meilleure réponse que l'on puisse donner à ceux qui nous accusent de « rebuter » les mères qui donnent le biberon. Non, ce n'est pas en les rebutant pas plus qu'en accueillant avec une bienveillance particulière les nourrissons au sein, c'est en prenant le temps et la peine d'éduquer les mères qu'on augmente dans une consultation de nourrissons le chiffre d'allaitement maternel.

Et comme les « duchesses » que nous sachions ne fréquentent pas plus chez nous que dans les œuvres de bienfaisance du même genre, nous pensons que les résultats obtenus dans nos dispensaires peuvent l'être partout. Nous ne saurions mieux terminer en répétant avec M. Bresset : « Bien loin

de favoriser l'allaitement artificiel, les Consultations de Nourrissons doivent et peuvent, en ce qui concerne toute une partie de la classe laborieuse, permettre de faire passer de la théorie dans la pratique cet axiome de puériculture :
« Toute mère non malade doit allaiter son enfant. »

CHAPITRE IV

POURQUOI DOIT-ON ENCOURAGER LES ŒUVRES DE NOURRISSONS

On peut dire sans être taxé d'exagération que la création des consultations est une œuvre éminemment humanitaire au point de vue philanthropique et social; car, comme le disait le regretté P^r Budin, le nombre de consultations créées s'étendant chaque jour, la mortalité infantile doit aller constamment en diminuant. Et si nous regardons les diverses villes où ces consultations ont été fondées, nous trouvons que la moyenne de la mortalité infantile a considérablement diminué. En effet, de 1890 à 1895, la mortalité moyenne a été de 134 p. 100; cette moyenne est tombée à 115 pour les années 1896 à 1903 et enfin à 104 pour les années 1906, 1907, 1908.

Voici maintenant la ville de Saint-Pol-sur-mer : les enfants y succombaient dans de telles proportions que, comme l'ont montré Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, sur 1000 morts de tout âge on comptait plus de 500 enfants de 0 à 1 an, ce qui ne veut pas dire qu'il y eut 500 morts p. 1000 naissances, car ces dernières étaient très nombreuses; pendant les cinq années qui ont précédé octobre 1902, la mortalité des enfants de 0 à 1 an par rapport aux naissances a été de 288 pour 1000.

Le Docteur Ausset, de Lille, y fonda une Goutte de Lait.

Les résultats ont été les suivants : en octobre 1903, la mortalité de toute la ville était tombée à 209 p. 1000 et à la fin de la deuxième année ,malgré les très grandes chaleurs des mois d'été, elle n'était plus que de 151 p. 1000; elle avait donc diminué de près de la moitié.

Le maire de la ville d'Arques (Pas-de-Calais), le Docteur Alexandre, a fondé au commencement de 1903, une Consultation de Nourrissons et on voit que, si de 1898 à 1903 la mortalité infantile d'Arques était de 190 p. 1000 naissances en 1903, 1904 et 1905, elle est descendue pour toute la ville à 101 et à 112; il y a donc eu, là aussi, une diminution considérable de la mortalité. Et ce qui montre que ces résultats sont bien dus à la nouvelle institution, c'est que dans trois communes immédiatement voisines où elle n'existe pas, la mortalité de 0 à 1 an a été :

A Blendecques, de 136 et 140 p. 1000 naissances;

A Wizernes, de 190 et 150 p. 1000 naissances;

A Longuenesse, de 200 et 230 p. 1000 naissances.

Dans une commune de la Seine-Inférieure, à Varengeville-sur-Mer, une Consultation de Nourrissons a été fondée. Pendant les sept années qui avaient précédé 1904, la mortalité des enfants de 0 à 1 an y avait été en moyenne de 145 p. 1000. Aucun des enfants, qui en 1904 et 1905 ont suivi la Consultation de Nourrissons, n'a succombé; de ce fait, la mortalité totale de Varengeville est tombée à 77 p. 1000. Or, en 1898, avec des chaleurs comparables pendant l'été à celles qui ont régné en 1904, la mortalité de 0 à 1 an avait atteint 285 p. 1000.

Dans le département du Pas-de-Calais, sous l'active impulsion du préfet, M. Durcault, un grand nombre de Consultations ont été organisées. Or, M. Viret, inspecteur départemental de l'Assistance Publique, a fait, dans onze villes où il existait des Consultations de Nourrissons la comparaison

entre les deux années 1898 et 1904, dont la température fut très élevée. Dans toutes ces communes, la mortalité a été notablement moins grande en 1904 qu'en 1898.

Mais on peut se demander si, réellement, la réduction de la mortalité infantile est due à l'établissement des Consultations de Nourrissons. Or, dans onze villes où elles n'ont pas été établies, la mortalité infantile a toujours été plus élevée. Aussi, en présence de ces résultats, des Consultations nouvelles ont-elles immédiatement été créées en grand nombre, 118 ont été fondées en 1906, ce qui donne un total de 189, et on ne s'arrête pas là.

Dans le département de l'Yonne, il existe un grand nombre de Consultations. A Auxerre, en 1898, la mortalité des enfants de 0 à 1 an fut de 205 p. 1000. Pendant l'année 1904, qui fut très chaude, une Consultation de Nourrissons avait été organisée; la mortalité infantile tomba à 120 p. 1000 et en 1908, elle s'abaisse jusqu'à 60 p. 1000; cet abaissement s'explique par le très petit nombre de décès survenus chez les enfants ainsi surveillés. Pendant cette dernière année, la mortalité dans trois communes de l'arrondissement, qui n'avaient pas de Consultation, fut de 120 p. 1000 à Toucy, de 157 à Maligny et de 214 à Druyes.

A Lens, où la mortalité infantile est en général peu considérable, on la vit s'abaisser de 116 p. 1000, à 80 p. 1000, puis à 47 p. 1000.

A Villeneuve-sur-Yonne, avant l'établissement de la Consultation de Nourrissons, la mortalité infantile fut de 163 p. 1000; depuis son établissement elle a été de 82 p. 1000, puis de 37 p. 1000; et pendant cette même année, dans trois autres communes de l'arrondissement de Joigny qui n'avaient pas de Consultations, la mortalité a été de 117 p. 1000 à Migennes, de 163 à Saint-Fargeau et de 176 à Béon.

M. Marois, inspecteur départemental de l'Yonne, qui a

montré dans cette lutte contre la mortalité infantile une intelligence et un dévouement au dessus de tout éloge, a établi la comparaison de cette mortalité pendant les sept années dans les communes où venaient d'être établies des Consultations de Nourrissons. On voit que sur les douze communes de l'Yonne, qu'il a citées, la mortalité a considérablement diminué dans onze d'entre elles; pour une seule, la mortalité infantile est restée à peu près la même. M. le Docteur Mocquot, qui fut dans ce même département de l'Yonne, l'initiateur des Consultations de Nourrissons, a fait une remarque particulièrement suggestive. Presque toutes les femmes de la commune d'Appoigny, où il se trouve suivent ses conseils. Sur 78 enfants nés pendant deux ans, 69 ont été dirigés par lui; 3 sont morts, ce qui donne une mortalité de 4,34 p. 100; 9 seulement n'ont pas été amenés à la Consultation, et parmi eux 4 ont succombé, ce qui fournit une proportion de 44,4 p. 100, proportion dix fois plus considérable. Evidemment, ces mères étaient peu soigneuses puisqu'elles n'ont point voulu, comme les autres, se rendre à la Consultation, mais ce dernier chiffre est l'évidente démonstration de l'intérêt qu'il y aurait eu pour leurs enfants à y être conduits.

Les conséquences des Consultations peuvent s'étendre plus loin encore. M. le Docteur Mocquot, qui, à Appoigny, et dans les communes voisines, a fondé six Consultations de Nourrissons, fait minutieusement le relevé de chacun des enfants qu'il a dirigés depuis; il les compare aux autres et il se propose de voir ce que les uns et les autres deviendront par la suite.

Tous ces admirables résultats sont obtenus parce que dans toutes ces consultations on favorise et on encourage le plus possible l'allaitement au sein; c'est ainsi qu'à Saint-Pol, la proportion d'enfants élevés au sein était de 22 p. 100 avant l'établissement de la Consultation, elle fut de 35 p. 100 à la

fin de la première année et de 77 p. 100 à la fin de la troisième.

A Varengueville, aucune femme n'allaitait son enfant ; dès la première année où fonctionna la Consultation, 47,5 p. 100 des mères nourrissent au sein. Deux ans après, la proportion s'élève à 75 p. 100. Il en est de même dans les dispensaires de Paris ; chez le Docteur Bresset, rue Oudinot, la proportion d'allaités au sein était tout d'abord de 61 p. 100 ; elle est montée à 67, puis 71, enfin 83 p. 100 ; par contre, l'allaitement artificiel a diminué d'année en année.

Dans un dispensaire du même arrondissement, qui est dirigé par le Docteur Carel, on voit la proportion des femmes qui allaitent s'élever de 40 p. 100 à 63, puis 82 p. 100.

Ce n'est pas toujours très facile d'obtenir que les femmes nourrissent elles-mêmes leurs enfants, c'est au médecin à s'ingénier, à trouver le moyen le plus propre à convaincre les mères.

C'est dans ce but que le Docteur Panel, directeur du bureau d'hygiène de Rouen, et qui dirige un dispensaire de la ville avec son collègue le Docteur Bouju, a demandé à la Municipalité d'accorder trois livres de viande par semaine aux femmes qui allaitent. Des gratifications de 10 francs ou de 20 francs sont, en outre, accordées à celles qui soignent bien leur enfant. Grâce au dévouement d'une directrice intelligente, le résultat désiré a été obtenu. Tandis que, avant le fonctionnement du dispensaire, toutes les femmes donnaient le biberon, actuellement celles qui allaitent sont plus nombreuses que les autres.

A Marseille, il est fait des distributions de savon, ce qui permet d'obtenir que les enfants soient propres ; et, de plus, de nombreux cadeaux soit en vêtements, chaussures, produits alimentaires sont offerts comme récompense d'assiduité et de bons soins donnés aux enfants.

Un médecin de Saumur, M. le Docteur Levraud, procède autrement : il a deux consultations, une pour les enfants élevés au biberon, l'autre pour ceux nourris au sein. Dans la première, les mères paient le lait de leur enfant; dans la seconde, elles reçoivent une gratification de 3 francs à la pesée qui a lieu tous les quinze jours.

Il est nécessaire d'établir partout les consultations où l'on pèse les enfants et où l'on conseille les mères; ces consultations ne doivent pas devenir des écoles d'allaitement au biberon, car nous ne connaissons pas encore actuellement le moyen d'élever les enfants artificiellement sans leur faire courir de grands risques, tout au moins dans les premiers mois. Si l'on dit aux femmes du peuple : « Venez chercher du lait, nous vous le donnerons de bonne qualité, stérilisé et gratuitement », elles sèvreront leurs enfants, car elles n'ont plus intérêt à les nourrir. Il faut au contraire s'ingénier à généraliser la pratique de l'allaitement au sein, qui donne des résultats bien supérieurs à ceux de l'allaitement artificiel.

Nous pourrions nous en tenir là; nous croyons qu'il est possible de considérer la preuve comme faite; partout où il y a des Consultations de Nourrissons, la mortalité infantile diminue dans des proportions considérables et cela se comprend puisque la plupart des maladies des enfants sont évitables. Enfin voyons encore quelques conséquences qui découlent de l'établissement des Consultations de Nourrissons.

Ces consultations, en effet, sont, comme l'a si bien dit le regretté P^r Budin, de véritables « écoles de mères ». On ne saurait croire avec quelle attention chacune écoute les conseils qui sont donnés à sa voisine ou à elle-même; on ne se doute pas des résultats qu'on peut obtenir grâce à leur amour propre et à leur désir d'avoir des enfants beaux et bien portants. M. le Docteur Mocquot qui, après chaque consultation, faisait une conférence essentiellement pratique, fut un jour

surpris d'y voir assister non seulement des nourrices, mais encore d'autres femmes; ces dernières, interrogées par lui, répondirent qu'elles n'avaient point d'enfants, mais qu'elles espéraient en avoir et qu'elles venaient apprendre à les soigner. Tant il est vrai qu'on enseigne beaucoup de choses aux jeunes filles, mais pas toujours ce qu'elles auraient le plus d'intérêt à connaître.

Dans les villes et dans les campagnes, les instituteurs et les institutrices sont pour le médecin des auxiliaires précieux qui aident à peser les enfants et à établir leur courbe.

Une circulaire de M. le Président du Conseil, en date du 12 mars 1907, prescrivait aux préfets d'intéresser les institutrices à la lutte contre la mortalité infantile en conduisant les plus grandes élèves dans les Consultations de Nourrissons.

Cette circulaire ayant été communiquée à l'Inspection Académique et au personnel enseignant, l'Œuvre des Nourrissons de Marseille fut mise à la disposition de M. l'Inspecteur d'Académie. C'est ainsi que nous eûmes successivement la visite des élèves de nombreuses écoles et des jeunes filles de l'Ecole Pratique de Commerce et d'Industrie.

Après avoir assisté à tous les détails de la pesée et de la consultation, ces jeunes filles écoutaient une causerie sur l'hygiène infantile. Elles rédigèrent ensuite un devoir sur ce qu'elles avaient vu et entendu. Ces copies nous furent communiquées et ce n'est pas sans la plus vive satisfaction que nous avons constaté la précision avec laquelle toutes ces futures mamans avaient retenu les conseils donnés.

Voilà de jeunes cerveaux qui, plus tard, ne se laisseront pas influencer par des préjugés néfastes.

Dans quelques écoles normales de jeunes filles, à Douai, à Tours, des cours ont été faits par le Docteur Mercier. A Paris, à Fontenay-aux-Roses, les jeunes filles de l'Ecole Nor-

male allaient à tour de rôle suivre les conférences qui leur étaient faites. Du reste, le Congrès International d'hygiène qui s'est réuni à Bruxelles, en septembre 1903, a demandé par un vote que : « Pour les jeunes filles depuis l'école moyenne jusqu'à l'école normale et spécialement dans les écoles ménagères, il soit institué des leçons pratiques d'hygiène infantile, notamment en leur faisant suivre des Consultations de Nourrissons.

Il existe depuis 1874 une loi grâce à laquelle partout les enfants abandonnés, secourus ou en nourrice, sont surveillés par des médecins. Cette loi, due à Théophile Roussel, a été parfois très critiquée, car il n'est pas toujours facile aux docteurs de bien visiter ces enfants à domicile; trop souvent ils ne rencontrent pas les nourrices qui sont absentes et ils se lassent. Rien ne serait plus simple que d'organiser des consultations où toutes les nourrices seraient convoquées à jour et heure fixes; les enfants déshabillés seraient pesés et examinés dans une même séance. Cette réunion d'enfants permettrait d'en voir beaucoup en peu de temps.

Le Docteur Goepfert, de Nancy, a montré dans sa thèse inaugurale comment les consultations de nourrissons pouvaient être utilisées par les médecins chargés d'appliquer la loi Roussel, et il écrivait : « C'est à seule condition qu'on ne verra plus se produire les hécatombes d'enfants annoncées par les statistiques officielles; le remède est trouvé; refuser de s'en servir serait un crime. »

Enfin, en terminant ce travail nous ne pouvons faire mieux que de résumer les conclusions que le Docteur Jarricot de Lyon vient d'exposer dans son dernier livre : « Nous allons à grands pas, dit-il, vers la dépopulation vraie. » Au cours de ces derniers lustres, à plusieurs reprises, fait inouï, le nombre des naissances annuelles, en pleine paix, en l'absence de toute grande épidémie, a considérablement diminué. Il n'y

a pas de préoccupation, politique ou autre, qui doive dominer celle-là, car la nécessité suprême c'est d'être et manifestement nous allons à l'abîme. Or, que faisons-nous ? Nous discutons beaucoup, nous formons mille projets chimériques et nous épuisons nos forces en une multitude de petits efforts inutiles. Il serait sage de ne pas persévérer dans cette voie plus longtemps. Il serait désirable, en particulier, de faire table rase, une bonne fois, de certaines utopies ; j'estime que la croyance à un relèvement possible du taux des naissances en est une et des plus stériles. La dépopulation du territoire ouvre un sombre avenir à nos destinées. Cessons du moins de faire confiance à des utopies et de consumer des heures précieuses en une vaine attente. Tournons nos regards vers les mesures d'une valeur certaine, d'une efficacité éprouvée ; il en existe.

S'il faut abandonner tout espoir d'obtenir un relèvement satisfaisant et durable du taux des naissances françaises, il apparait que la lutte contre la dépopulation ne peut plus se dérouler que sur un unique terrain : celui de la réduction de la mortalité. Est-ce à dire, comme on affecte parfois de le croire, que l'on ne puisse plus compter dès lors que sur des gains infimes et hors de proportion avec les dépenses nécessaires à les réaliser ? Est-ce à dire, en d'autres termes, que la partie est définitivement perdue ? Non, de toute évidence, la partie n'est pas perdue. Seulement, notre malheur est de croire que nous faisons ce qu'il faut pour le gagner.

A force de voir autour de nous se fonder des ligues, se constituer des comités d'étude ou de défense, se créer des asiles, des refuges, des sanatoria, se faire des conférences, se moderniser les formes de l'assistance, en un mot se vulgariser les acquisitions scientifiques et se répandre les premiers efforts de l'altruisme, nous sommes volontiers conduits à cette conviction que nous avons fait assez, que la victoire ne peut

pas ne pas être avec nous dans la lutte contre les grandes maladies. Ainsi, dans la lutte actuelle contre la dépopulation, la collectivité se désintéresse et se détourne de tout ce qui limiterait les intérêts particuliers. Un terrain cependant demeure ouvert à notre activité, et c'est celui de la mortalité infantile.

Cette situation privilégiée, exceptionnelle, est due à ce que, à l'inverse des autres mesures, la lutte contre la mortalité infantile ne demande point pour s'exercer avec fruit des temps meilleurs, des remaniements profonds de la société. C'est tous les jours que les œuvres existantes déjà et les premières institutions de puériculture remportent de paisibles victoires. Ces résultats contrôlables à chaque instant, tangibles en quelque sorte, sont le gage des résultats de demain, des bénéfices qu'on obtiendra, si on le veut, en généralisant les premières initiatives.

Evidemment, il faut ranger au nombre des mesures propres à restreindre la mortalité infantile quelques projets dont on ne saurait dire que la réalisation soit prochaine. A côté de l'effort actuel et dont il suffit de souhaiter l'extension seulement, il y a des actes de justice sociale qui s'imposent, dont on peut attendre les plus heureux effets, mais qui appartiennent encore tout entiers aux incertitudes de l'avenir. Je fais allusion aux mesures de protection de la maternité.

L'utilité de cette protection n'est pas douteuse; elle n'est discutée par personne. Toutefois, il est insuffisant de décider que la femme aura désormais le droit de se reposer, un temps donné, au moment de ses couches. La décision est vaine si elle ne se complète pas des larges dispositifs d'assistance qui permettront à la mère indigente d'obéir aux sages obligations qui lui sont faites. Or, il ne semble pas que le législateur envisage favorablement la perspective d'imposer dans ce but, les charges très lourdes qui seraient nécessaires, s'il était sub-

venu aux besoins de toute femme nécessiteuse et pendant toute la période relativement longue, où le repos est souhaitable.

Les pouvoirs publics favoriseraient plutôt le biais du mutualisme. Ici, malheureusement, nous tombons en plein inconnu. Jusqu'à présent, les mutualités maternelles n'ont guère paru mutualistes que de nom. S'il est permis de fonder les plus hautes espérances sur l'adoption du principe de Gand (proportionner les subventions de l'Etat à l'effort de l'initiative privée) et sur l'obligation de l'assurance, il faut aussi, et c'est le moins qu'on puisse dire, reconnaître que ces innovations vivifiantes sont encore étrangères à nos habitudes d'administration, à nos coutumes, à nos mœurs.

En résumé, la lutte contre la mortalité infantile touche aux domaines de l'action parlementaire et des lois sociales; mais elle n'est pas confinée dans ces limites; elle ne tient pas seulement dans nos acquisitions futures; elle existe déjà dans le présent, elle a passé dans la pratique de la vie quotidienne, et c'est par ce côté des réalisations immédiates qu'elle est intéressante.

Il appartient à l'élite de la nation et à ses groupements naturels, les municipalités, de diriger l'opinion et de montrer à quel prix elles estiment le capital social que représente une vie d'enfant. La participation à la lutte contre la mortalité infantile ne doit pas être considérée comme un fleuron sentimental, une fantaisie humanitaire et qui s'exerce dans la mesure où il nous est départi des loisirs et une certaine tournure philosophique de l'esprit. C'est un devoir civique. »

Si malheureusement les pouvoirs publics n'ont pas encore créé officiellement des consultations de nourrissons dans tout le pays; heureusement l'assistance privée est venue dans une certaine mesure, combler cette lacune. C'est pourquoi devant les résultats obtenus, nous devons, par une propa-

gande active et avec l'aide de généreux philanthropes, favoriser la création de nouveaux dispensaires et cela pour le plus grand bien du pays et de l'humanité.

CONCLUSIONS

Pour ceux qui, comme nous, ont pu étudier dans ses détails le fonctionnement des Consultations de Nourrissons fondées sur les préceptes du vénéré P^r Budin, il est incontestable que des œuvres de ce genre sont de véritables écoles de puériculture, et après un exposé aussi complet que possible des résultats pratiques obtenus, nous nous croyons autorisé à en tirer les conclusions générales qui suivent :

I. — L'Œuvre des Nourrissons de Marseille est un exemple que ces consultations peuvent fonctionner sans adjonction de Goutte de Lait.

II. — Une des principales causes de la mortalité infantile est l'ignorance des règles de l'allaitement. Prévenir vaut mieux que guérir et en surveillant les nourrissons bien portants, en favorisant par tous les moyens possibles l'allaitement maternel, l'Œuvre des Nourrissons donne aux mères de famille de la classe ouvrière la possibilité d'élever elles-mêmes leurs enfants, et, qui plus est, d'éviter bien souvent, grâce aux conseils qui leur sont donnés, la plupart des maladies graves qui déciment les enfants du premier âge.

III. — D'après les statistiques, nous avons vu que partout où les consultations de nourrissons ont été créées, la mortalité infantile a considérablement diminué. A l'œuvre de Marseille, la mortalité n'a été que de 6 %, alors que la moyenne des enfants décédés de zéro à un an est de 17 %.

IV. — En particulier, la mortalité par gastro-entérite

qui était de 32 % avant la création de l'œuvre, n'est plus que de 26 % après trois ans seulement de fonctionnement, et diminuera encore dans de notables proportions quand les dispensaires se seront multipliés.

V. — L'Œuvre des Nourrissons favorise l'allaitement maternel et elle est une preuve que la misère n'est pas un obstacle à cet allaitement puisque d'après nos statistiques 95 % des femmes actuellement allaitent leurs enfants au lieu de 76 % autrefois.

VI. — Les conclusions précédentes prouvent qu'on doit favoriser la création de Consultations de Nourrissons pour obtenir de grands résultats dans la lutte contre la mortalité infantile et que c'est là un des plus grands moyens pour lutter contre la dépopulation du pays.



VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 Février 1910.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

LÉON PÉLISSIER.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 18 Février 1910.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

